Thérapeutique pour le pharmacien

ORL

Sabine Darantière
Philippe Romanet
François Gimenez
Jean-Paul Belon



Les pathologies

Les examens complémentaires

Les médicaments

Les RMO

thérapeutique pour le pharmacien

MASSON

Copyrighted material

Copyrighted material

Thérapeutique pour le pharmacien

ORL

This One
X79J-Q3D-9UNG
Copyrighted material

CHEZ LE MÊME ÉDITEUR

Dans la même collection

CARDIOLOGIE. par J.-P. BELON. 1998. 104 pages.

DERMATOLOGIE. par D. LAMBERT et J.-P. BELON. 1998. 144 pages. 28 photos couleurs.

HÉPATO-GASTROENTÉROLOGIE. par P. HILLON et J.-P. BELON. 1999. 96 pages.

HÉMATOLOGIE. par É. SOLARY et J.-P. BELON. 1999. 136 pages.

OPHTAMOLOGIE. par V. GUERZIDER. C. MORALES et J.-P. BELON. 1999. 132 pages. 10 photos couleurs.

INFECTIOLOGIE. par H. PORTIER. M. GRAPPIN et J.-P. BELON. 1999. 104 pages.

PÉDIATRIE. par F. HUET. J.-V. DE MONLÉON et J.-P. BELON. 2000. 112 pages.

VADEMECUM DES URGENCES ET DES PREMIERS SOINS À L'OFFICINE. par P. RAYET. J.-P. BELON. P. WIERRE. F. GIMENEZ. 2000. 104 pages

Autres ouvrages

ATLAS PRATIQUE OREILLE ET BOUCHE. par F. LEGENT. J. BILLET. O. MALARD. 2000. 256 pages.

DSM IV. Soins primaires. par l'*American Psychiatric Association*. 1998. 272 pages.

DSM IV. Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux. par l'*American Psychiatric Association*. 700 pages.

LES SINUSITES ET RHINOSINUSITES. par J.-M. KLOSSEK. 2000. 160 pages.

Mini DSM IV. par J.-D. GUELFI. C.B. PULL. P. BOYER *et al.* 1996. 384 pages.

ORL ET PATHOLOGIE CERVICO-FACIALE. par F. LEGENT. P. FLEURY. P. NARCY. C. BEAUVILLAIN. Collection *Abrégé de Médecine*. 5e édition. 1999. 408 pages.

ORL POUR LE PRATICIEN. par C. DUBREUIL. J.-P. HAGUENAUER. A. MORGO. Collection *Pour le Praticien*. 1997. 272 pages.

Copyrighted material

Thérapeutique pour le pharmacien

ORL

Philippe Romanet

Sabine Darantière

Jean-Paul Belon

François Gimenez

thérapeutique pour le pharmacien

MASSON

sous la direction du Pr Jean-Paul Belon



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. : 01 44 07 47 70.

Maquette intérieure : studio Callisphère

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur, est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© *Masson, Paris, 2001*

ISBN : 2-294-00350-0
ISSN : 1290-015X

MASSON S.A. — 120, bd Saint-Germain, 75280 Paris Cedex 06

Copyrighted material

Avant-propos sur la collection

Les pathologies présentées dans les ouvrages de cette collection ont été choisies en fonction de leur fréquence hospitalière et ambulatoire, mais aussi en fonction de l'intérêt thérapeutique qu'elles présentent dans le cadre de l'activité officinale du pharmacien.

Ces manuels ont pour objectif d'apporter au pharmacien étudiant et professionnel tous les éléments lui permettant de **comprendre la démarche thérapeutique du praticien,** grâce à la description de la physiopathologie et l'explication détaillée des objectifs et de la conduite des traitements.

Une attention particulière est portée sur la **justification du choix des médicaments et des protocoles thérapeutiques mis en œuvre**: aussi souvent que nécessaire, la **démarche thérapeutique hospitalière et/ou ambulatoire** est décrite avec précision et **illustrée** pour chaque cas clinique, avec **un ou plusieurs exemples d'ordonnances.**

À l'heure où l'enseignement intégré de certaines disciplines (séméiologie, pharmacologie, pharmacie clinique, etc.) est nécessaire pour préparer efficacement l'étudiant à son métier, **la thérapeutique s'inscrit au premier rang des disciplines indispensables à la bonne pratique de l'exercice officinal**: sa parfaite connaissance est le garant du bon usage du médicament. Son enseignement requiert une synthèse des connaissances fondamentales et cliniques.

La conduite de l'enseignement de la thérapeutique s'inscrit particulièrement bien dans la démarche d'une meilleure professionnalisation des études pharmaceutiques.

Dans chacun des ouvrages, les informations sont apportées suivant un même plan pédagogique. **Les chapitres composant ce plan décrivent successivement les pathologies, les examens complémentaires, les principaux effets indésirables et interactions médicamenteuses, les RMO** et, chaque fois qu'il est nécessaire, **les constantes biologiques humaines usuelles.**

Chaque démarche thérapeutique est appréhendée selon un même schéma descriptif permettant au lecteur de suivre logiquement le traitement spécifique requis pour chacune des pathologies envisagées :

© Masson. La photocopie non autorisée est un délit.

Copyrighted material

➜ la connaissance de la **physiopathologie** de la maladie permet de mieux comprendre les **objectifs du traitement** et le **choix des médicaments**;
➜ l'explication de la **conduite du traitement** permet de mieux saisir la stratégie thérapeutique envisagée;
➜ l'**explication du protocole thérapeutique pratique** à l'hôpital et/ou en ambulatoire est détaillée et complétée par **un ou plusieurs exemples d'ordonnances.**
Dans le même esprit, **les examens et explorations fonctionnelles complémentaires** sont explicités sous forme de fiche décrivant l'essentiel des informations pouvant être dispensées par le pharmacien, au cours de son exercice quotidien à l'officine; elles lui permettent également de suivre la démarche du praticien dans sa recherche diagnostique et dans la constitution du dossier médical. Les **effets indésirables et interactions médicamenteuses** relatifs aux médicaments les plus couramment prescrits présentés dans chaque ouvrage, sont des rappels *minimum minimorum* nécessaires à une prescription et une dispensation de qualité. Enfin, lorsqu'elles sont mentionnées, les **tables des valeurs biologiques usuelles** permettent, notamment à l'étudiant hospitalier, de suivre le dossier biologique d'un patient.

Copyrighted material

Partie I

Otologie

- Otospongiose 3
- Otite externe 5
- Surdité brusque 7
- Otorrhée 9
- Otite moyenne aiguë microbienne 12
- Acouphènes 14
- Vertiges 15

Copyrighted material

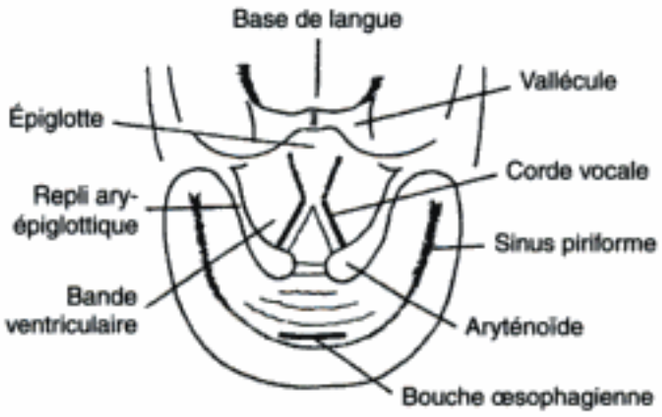


Schéma du larynx

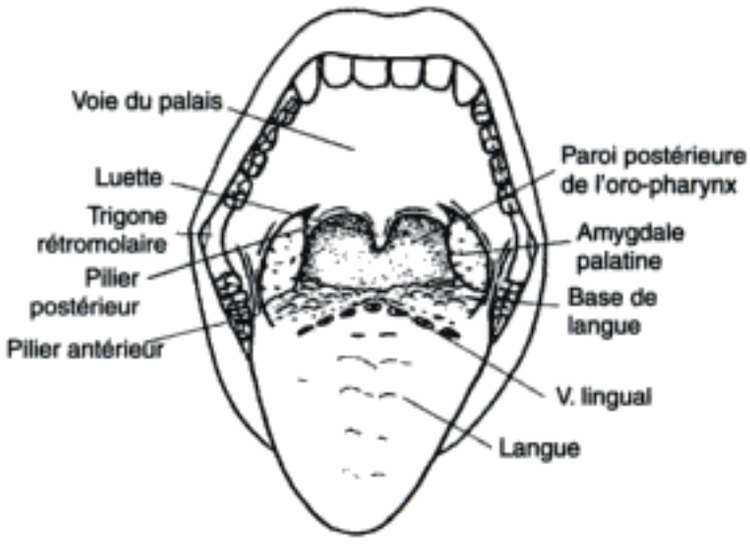


Schéma de l'oro-pharynx

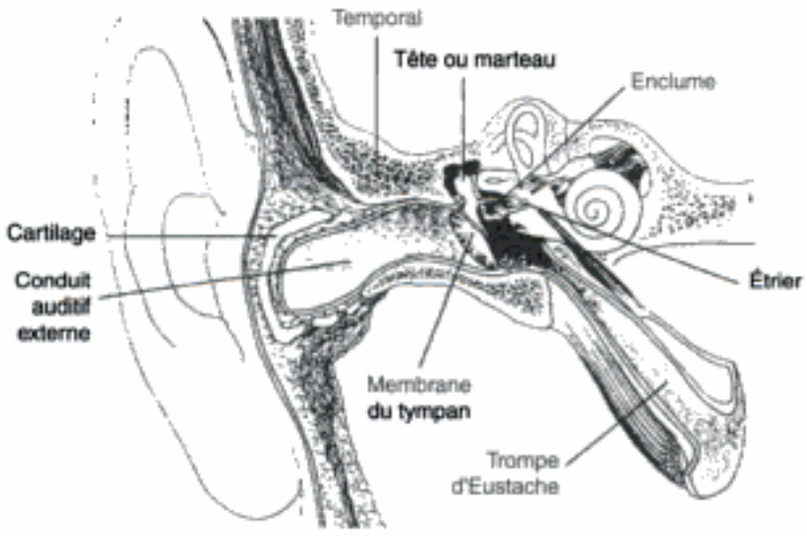


Schéma de l'oreille moyenne

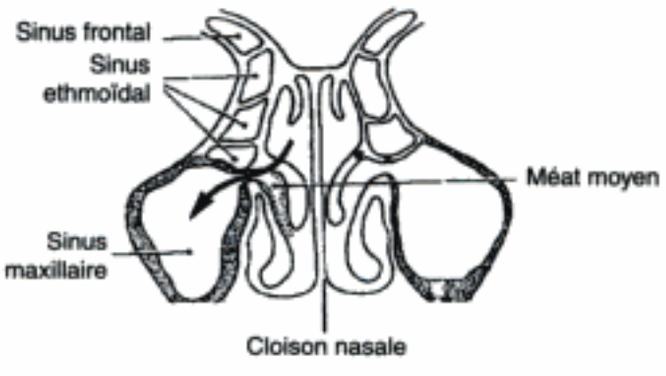


Schéma des sinus de la face

Copyrighted material

Otospongiose

Physiopathologie

L'otospongiose est une ostéodystrophie primitive du labyrinthe osseux provoquant une surdité progressive par ankylose stapédo-vestibulaire essentiellement à type de transmission; on observe également des surdités de type mixte. La localisation la plus fréquente de cette maladie est au niveau de la fenêtre ovale, bloquant l'étrier et empêchant ainsi toute transmission des vibrations sonores. La transmission génétique est maintenant établie et cette dernière se ferait classiquement sur un mode autosomique dominant à pénétrance incomplète et expressivité variable. La surdité de perception que l'on observe, souvent associée à une surdité de transmission dans l'otospongiose, serait d'origine cochléaire et son mécanisme n'est pas clairement élucidé, bien qu'une hypothèse vasculaire ait déjà été avancée; il existe en effet des shunts entre les foyers otospongieux et les vaisseaux de la cochlée qui provoqueraient une stase veineuse, une hypoxie cochléaire.
Il semble donc nécessaire dans la prise en charge de l'otospongiose d'associer un traitement essentiellement chirurgical à une prise en charge de ces phénomènes vasculaires par le biais de vasodilatateurs.

Diagnostic

Il repose avant tout sur l'analyse des signes fonctionnels dominés essentiellement par une surdité plus ou moins associée à des acouphènes et à des signes d'examen (Rinne et Weber) confirmant cette surdité de transmission à tympan normal.

Signes fonctionnels

Le patient se plaint d'une surdité bilatérale mais souvent asymétrique évoluant depuis quelques années, se majorant, et signale habituellement la présence d'individus dans sa famille porteurs également d'une surdité. Lorsqu'il s'agit d'une jeune femme, il est possible de noter relativement fréquemment l'aggravation de cette surdité avec la grossesse et la prise de contraceptifs oraux. Il peut s'y associer également des acouphènes uni- ou bilatéraux.

Signes d'examen

L'otoscopie permet de mettre en évidence des tympans parfaitement normaux. L'examen au diapason va retrouver un signe de Weber latéralisé du côté le plus atteint associé à un signe de Rinne négatif du côté atteint, ce qui confortera dans le diagnostic de surdité de transmission. Cette dernière sera confirmée par l'examen audiométrique et l'impédancemétrie où l'on retrouvera une absence de réflexe stapédien, l'étrier étant fixé dans la fenêtre ovale.

© MASSON. La photocopie non autorisée est un délit.

Copyrighted material

Objectif du traitement

Le traitement est avant tout chirurgical et consiste en l'ablation de la superstructure, la réalisation d'une platinectomie ou d'une platinotomie et la mise en place d'un piston s'accrochant sur l'enclume, transmettant ainsi les vibrations de l'oreille moyenne à l'oreille interne. Ce traitement chirurgical est complété par un traitement médical par vasodilatateurs pris par voie orale.

EXEMPLE D'ORDONNANCE

Après un traitement chirurgical d'une otospongiose

Dafalgan 500 : 2 gélules matin et soir pendant 7 jours.

Vastarel : 1 comprimé matin, midi et soir pendant 21 jours.

Notes

Copyrighted material

Otite externe

Physiopathologie

C'est une affection aiguë de la peau du conduit auditif externe, habituellement protégé par des lipides de surface, un pH acide et une flore polymorphe. Cette infection est favorisée par l'humidité et la macération qui entraînent le développement habituel de germes comme le *Pseudomonas aeruginosa*, par des traitements locaux abusifs, par des traumatismes, par des désordres métaboliques pouvant très nettement aggraver ce type de pathologie tel que le diabète. L'agent pathogène peut être également un champignon.

Diagnostic

Cette dermite est à l'origine de douleurs très violentes exacerbées par la pression du tragus ou la traction du pavillon, à l'origine d'une otorrhée souvent fétide avec réaction inflammatoire locale entraînant une très nette diminution de calibre du conduit auditif externe et un tympan habituellement non examinable.

Signes fonctionnels et d'examen

Le tableau clinique habituel est celui d'une oreille extrêmement douloureuse, insomniante, sécrétante. L'examen clinique met en évidence un conduit auditif très rétréci, une douleur exacerbée à la moindre pression sur le tragus ou traction sur le pavillon, un tympan en général difficilement examinable du fait de l'œdème local, parfois une extension des signes cliniques au pavillon avec un début de chondrite par ailleurs. Il existe fréquemment une adénopathie satellite. Parfois il existe une otorrhée. En cas d'otite fongique, on peut apercevoir des filaments mycéliens tout à fait caractéristiques. On peut effectuer un prélèvement à la recherche de germes ou champignons.

Objectif du traitement

Il faut à la fois traiter cette dermite et de soulager le patient. En cas d'otite bactérienne, le traitement local repose sur l'instillation de gouttes auriculaires à base d'aminosides ou de fluoroquinlones en ayant pris soin auparavant d'avoir éliminer une éventuelle pathologie de l'oreille moyenne, pouvant entraîner une diffusion des aminosides à l'intérieur de la caisse du tympan et entraîner de graves lésions au niveau de l'oreille interne. L'idéal est de mettre en place un petit tampon expansé ou une mèche dans le conduit auditif et d'instiller régulièrement deux fois par jour des topiques locaux afin de traiter cette dermite. Lors d'une otite externe extrê-

© MASSON. La photocopie non autorisée est un délit.

Copyrighted mat

mement diffuse, on a recours à un traitement antibiotique par voie générale actif sur le pyocyanique. Les antalgiques habituellement prescrits seront dans la gamme d'antalgiques de classe I type paracétamol.

En cas d'otite fongique, le traitement consistera après nettoyage du conduit à mettre localement un antifongique en poudre ou en gouttes pendant un mois. Le traitement doit être prolongé au moins 3 mois.

EXEMPLE D'ORDONNANCE DE SORTIE

Polydexa gouttes auriculaires : 5 gouttes matin et soir pendant 15 jours.

Dafalgan 500 : 2 gélules matin, midi et soir pendant 15 jours si douleurs et nous rajouterons

Pyostacine 500 : 2 cp. matin, midi et soir pendant 8 jours lors d'otite externe diffuse ou lors d'otite externe limitée au conduit auditif sauf si le patient est diabétique : hospitalisation en urgence.

En cas d'otite fongique

Daktarin poudre ou lotion : une application 2 fois par jour pendant un mois.

Notes

Copyrighted material

Surdité brusque

Il s'agit d'une surdité de perception d'apparition brutale, sans cause déclenchante, et habituellement unilatérale. Il existe différentes hypothèses physiopathologiques qui peuvent être vasculaires, inflammatoires. Dans le cadre de cette pathologie n'entrent pas en compte les surdités de l'oreille interne, associées à un traumatisme, un traitement anticoagulant, des hémopathies ou à un zona.

Signes fonctionnels

Le diagnostic est assez rapidement fait devant un patient se plaignant d'une surdité d'apparition brutale, habituellement unilatérale, sans cause déclenchante et en général sans passé otologique précis.

Signes d'examen

- L'examen otoscopique est normal
- L'examen acoumétrique permet de très nettement mettre en évidence une surdité de perception avec un signe de Weber la plupart du temps indifférent ou latéralisé du côté controlatéral et un signe de Rinne positif.
- L'examen audiométrique confirme cette surdité de perception qui est plus ou moins profonde. Les objectifs du traitement visent d'une part à protéger le patient de toute agression sonore, puisque dans ce cadre, il ne lui reste plus qu'une oreille fonctionnelle, d'autre part, avec la mise au repos à instituer un traitement basé sur des vasodilatateurs afin d'agir sur la composante éventuellement vasculaire de ce type de surdité et des corticoïdes à forte dose par voie intraveineuse afin d'agir sur l'éventuel composante inflammatoire. L'hémodilution et l'oxygénothérapie sont parfois proposées.

Copyrighted mate

EN PRATIQUE

➜ Les surdités brusques sont une urgence thérapeutique.

➜ Hospitalisation dans un service d'ORL : repos au maximum durant cette hospitalisation, réalisation d'un bilan biologique sanguin ainsi qu'un bilan sérologique à la recherche d'une éventuelle infection virale. Mise en place d'une voie veineuse périphérique. Réalisation d'une audiométrie quotidienne. Le traitement d'attaque se compose d'un traitement corticoïde type *Solumédrol* à raison de 1 mg/kg/jour en une perfusion intraveineuse associé à un traitement vasodilatateur par *Fonzylane* : un flacon de 400 mg que l'on passe en intraveineux et associé à une perfusion de 2 ampoules de *Persantine*. Ce traitement est poursuivi pendant toute une semaine d'hospitalisation et à la sortie le patient continuera à prendre un traitement corticoïde à dose dégressive sur 4 jours et un traitement vasodilatateur à raison d'un comprimé 3 fois par jour.

ORDONNANCE DE SORTIE

Vastarel : 1 cp., 3 fois par jour pendant 3 semaines ;
Semion 10 : 1 gélule., 3 fois par jour pendant 3 semaines ;
Trivastal : 1 cp. par jour pendant 3 semaines ;
Solupred 20 : 2 cp. le matin pendant 5 jours.

Notes

Copyrighted material

Otorrhée

Physiopathologie

C'est un écoulement de liquide par l'oreille, provenant soit d'une infection de l'oreille moyenne, soit d'une pathologie du conduit auditif externe. Seuls l'examen otoscopique et l'interrogatoire pourront nous préciser son étiologie.

Étiologie

Oreille externe

Otite externe

Il s'agit d'une infection du conduit auditif externe favorisée par l'humidité et la macération, les traumatismes et les traitements locaux abusifs. Elle peut être diffuse ou maligne.

- *Diffuse :* elle peut être liée à une poussée de réchauffement d'une dermite subaiguë, et entraîne une douleur violente et est exacerbée à la pression du tragus ou la traction du pavillon. L'examen met en évidence un conduit auditif rétréci du fait de l'inflammation ; il existe par ailleurs un écoulement purulent et des squames épidermiques.
- *Maligne :* c'est en fait une ostéite de la base du crâne due à *Pseudomonas aeruginosa*, survenant dans le cadre d'un terrain débilité (immunodéprimé diabétique). L'otorrhée est fétide, les douleurs majeures. À l'examen, il existe une zone polypoïde ou nécrotique au niveau du plancher du conduit auditif externe.
- *Fongique :* c'est en fait une mycose du conduit auditif externe. Le conduit auditif apparaît inflammatoire ; il existe souvent des amas jaunâtres, grisâtres, voire d'aspect cotonneux.

Oreille moyenne

Otites moyennes aiguës

- *Avec paracentèse spontanée :* après un tableau douloureux et hyperthermique, il y a apparition subite d'une accalmie de façon concomitante à une otorrhée purulente. Cela est dû à l'évacuation par le conduit auditif externe du pus rétrotympanique à la faveur d'une brèche tympanique.
- *Surinfection d'une perforation :* l'histoire du malade précise l'existence de cette perforation antérieurement et il apparaît en général dans ce contexte, en dehors de tout contexte infectieux et douloureux, une otorrhée purulente.
- *L'otite moyenne chronique :* il s'agit d'une otorrhée itérative souvent accompagnée d'une surdité et récurrente malgré les différents traitements proposés.

Conduite diagnostique

Le diagnostic différentiel essentiel est celui d'une otorrhée d'origine cérébrospinale qui survient en général dans un contexte traumatique.

© Masson. La photocopie non autorisée est un délit.

Copyrighted mate

Interrogatoire

On recherche des antécédents otologiques connus pour ces otites chroniques ou la notion dans le cadre d'otite externe de baignades itératives, antécédents généraux tels que diabète et immunodépression. On précisera également l'ancienneté des troubles.

Examen

En matière d'otorrhée, l'examen clinique est le maître examen; il est dominé par l'examen otoscopique aidé par un système d'aspiration d'oreille avec recueil éventuel du produit d'aspiration en vue d'un examen bactériologique, mycologique.

EN PRATIQUE

OTITE EXTERNE SIMPLE

➜ Lavages d'oreille avec un mélange composé à part égal de *Dakin* et sérum physiologique.
➜ Gouttes auriculaires antibiotiques telles *Oflocet* ou *Polydexa* (pour ce dernier il faut vérifier l'intégrité du tympan).
➜ Antalgique de type paracétamol.
➜ Le traitement durera 15 jours.

OTITE EXTERNE FONGIQUE

➜ Lavages avec sérum physiologique et *Dakin*.
➜ *Daktarin* poudre ou lotion : une instillation dans l'oreille 2 fois par jour pendant 21 jours.
➜ Antalgique de type paracétamol.

OTITE EXTERNE MALIGNE

➜ Il s'agit d'une urgence thérapeutique.
➜ Pose d'une voie veineuse périphérique.
➜ Bithérapie active sur le staphylocoque, *Pseudomonas aeruginosa* telle que *Claforan* et *Ciflox* en intraveineux pendant 15 jours.
➜ Scintigraphie du rocher.
➜ Surveillance quotidienne otoscopique.
➜ Insulinothérapie si besoin.
➜ Antalgique majeur.

OTITE MOYENNE CHRONIQUE

On débutera par un traitement symptomatique à type de lavages au Dakin dilué dans du sérum physiologique et on poursuivra par un traitement étiologique qui est chirurgical et repose sur la tympanoplastie
➜ *Otite survenant sur une perforation* : on pratiquera des lavages au sérum physiologique et *Dakin* suivis d'instillations de gouttes auriculaires à base d'antiobiotique tel que *Oflocet*.

Copyrighted material

➜ *Otite moyenne aiguë :* on administrera un antibiotique à large spectre actif sur le pneumocoque telle une association acide clavulanique-amoxicilline que l'on adaptera secondairement l'antibiothérapie au liquide auriculaire prélevé et analysé en bactériologie. On donnera des antalgiques si besoin et dans le cadre d'une perforation spontanée du tympan, on y associera des lavages auriculaires.

Copyrighted mate

Otite moyenne aiguë microbienne

Physiopathologie

Il s'agit de l'inflammation de la muqueuse de l'oreille moyenne qui comprend la caisse, le revêtement des cellules mastoïdiennes, la trompe d'Eustache. Elles peuvent être congestives ou suppurées et sont surtout observées chez l'enfant après un épisode de rhino-pharyngite.
Les germes les plus fréquemment rencontrés sont *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarhalis*. Staphylocoques, streptocoques bêtahémolytiques et *pseudomonas aeruginonsa* sont plus rarement en cause. Elles peuvent engendrer des complications redoutables liées surtout au risque de méningite quand elles sont à pneumocoques et à *Haemophilus influenzae* de sérotype B. Le problème actuel est surtout posé par l'existence de souches bactériennes sécrétant des bêtalactamases et donc résistantes au traitement antibiotique classique.

Diagnostic

Il est avant tout clinique et repose à la fois sur les signes fonctionnels et les données d'examen clinique.

Signes fonctionnels

- Douleurs à type d'otalgies parfois intenses et brutales.
- Hyperthermie.
- Écoulement nasal, dysphagie dans le cadre d'une rhino-pharyngite.

Signes d'examen

Le maître examen est l'otoscopie bilatérale qui peut mettre en évidence différents types d'otite moyenne aiguë.

- Congestive : tympan rouge mais les reliefs, notamment du manche du marteau sont conservés, il n'y a pas de collection liquidienne.
- Suppurée : tympan rouge vif, bombant avec perte des reliefs ce qui traduit l'existence d'une collection rétrotympanique.
 - ➜ Tympan jaunâtre avec parfois conservation des reliefs : collection rétrotympanique apparaissant après régression des phénomènes inflammatoires.
 - ➜ Perforation spontanée.

Objectif du traitement

- Il est à la fois d'éradiquer l'otite moyenne aiguë et de désobstruer les fosses nasales, le dysfonctionnement tubaire pouvant engendrer par la rétention séreuse qu'il entraîne des otites moyennes aiguës itératives. Par ailleurs,

Copyrighted material

compte tenu du contexte fébrile et algique, l'emploi systématique d'antalgique s'impose.

◗ Désobstruction naso-pharyngée avec des lavages des fosses nasales au sérum physiologique 2 fois par jour pendant une semaine, antalgique de type paracétamol : exemple *Efferalgan* pédiatrique 1 dose/kg de poids corporel pendant 6 heures.

◗ Antibiothérapie générale *per os* pendant 7 à 10 jours à large spectre actif sur le pneumocoque de type *Augmentin* 50 mg/kg/jour pendant 8 jours, *Zinnat* / 30 mg/kg/jour en 2 prises.

◗ Paracentèse : on la pratique lorsque les signes généraux otoscopiques persistent après 48 heures d'antibiothérapie bien conduite, lors d'une otite moyenne aiguë survenant avant l'âge de 3 mois, chez un sujet immunodéprimé, lors d'une otite traînante ou récidivante ou lors de complications.

Copyrighted mate

Acouphènes

Physiopathogénie

Ce sont des bruits perçus dans les oreilles sans rapport avec un stimulus externe. Il s'agit de manifestations subjectives parfois très invalidantes pouvant engendrer d'authentiques syndromes dépressifs.
Le diagnostic à éliminer devant des acouphènes unilatéraux est celui du neurinome de l'acoustique et par conséquent tout acouphène impose un examen otologique. L'étiologie des acouphènes sans substrat otologique serait une atteinte de la microvascularisation cochléaire ou une hyperactivité centrale due à une désafférentation.

Diagnostic

- Phénomène subjectif décrit par le patient.
- En cas d'acouphènes pulsatiles, il faudrait systématiquement examiner le patient à la recherche d'une tumeur glomique. En cas d'acouphène unilatéral, éliminer un neurinome de l'acoustique en réalisant une IRM des conduits auditifs internes.

Objectif du traitement

- On peut essayer des traitements vasodilatateurs tels que *Vastarel* sur une période courte d'un mois.
- Lors d'un acouphène très mal toléré, un traitement psychothérapique est à envisager.

EN PRATIQUE

➜ Examen otoscopique.
➜ Audiométrie.
➜ Si acouphène unilatéral : IRM des conduits auditifs internes.
➜ *Vastarel 20* : 1 comprimé 3 fois par jour pendant 1 mois.
➜ Et si cet acouphène est mal toléré, on envisage une psychothérapie.

Copyrighted material

Vertiges

Physiopathologie

Il s'agit d'une illusion de déplacement. L'impression la plus connue est celle de rotation et survient souvent par grandes crises et s'accompagne fréquemment de nausées ou de vomissements. En fonction de leur étiologie, les signes vestibulaires peuvent s'associer à des signes cochléaires.
Les vertiges périphériques sont les plus fréquents et plusieurs étiologies sont retenues :
➜ Maladie de Ménière ou hydrops labyrinthique.
➜ Névrite vestibulaire dont le début est brutal, sans contingent cochléaire
➜ Vertige paroxystique bénin ou cupulo-lithiase.
➜ Vertiges d'origine toxique.
Dans tous les cas, il faut pratiquer un examen vestibulaire afin de ne pas passer à côté d'une affection de type neurinome, ou tumeur.

Diagnostic

Maladie de Ménière

C'est une maladie de l'oreille interne caractérisée par l'existence de symptômes associant un grand vertige rotatoire, une hypoacousie de type perception, des acouphènes. Son évolution est de type paroxystique. Des nausées, des vomissements sont fréquents au cours de la crise.

Signes d'examens ORL

- Nystagmus horizonto-rotatoire.
- Surdité de perception prédominant sur les graves au début et d'aggravation progressive.

Diagnostic différentiel

- Neurinome de l'acoustique.
- Névrite vestibulaire : grand vertige rotatoire, contexte parfois fébrile.

Signes d'examen

- Nystagmus pendant quelques jours ;
- Vidéonystamographie : inexcitabilité unilatérale.

Vertiges paroxystiques bénins

- Il sont liés aux otolithes et se caractérisent par de grands vertiges brefs déclenchés par certaines positions (les mêmes à chaque fois) et accompagnés d'un nystagmus à composante rotatoire.
- Manœuvres déclenchantes : on provoque le vertige en déplaçant le patient du côté provoquant ce vertige : ceci est caractéristique de cette pathologie.

Vertiges vestibulaires toxiques

- Ils peuvent se produire lors de la prise de médicaments ototoxiques tels que les aminosides et ont pour séquelles une

© MASSON. La photocopie non autorisée est un délit.

Copyrighted mate

instabilité à la station debout, surtout dans le noir.

◗ Signes d'examen : inexcitabilité vestibulaire totale bilatérale.

◗ Diagnostic différentiel de tous ces vertiges : le neurinome de l'acoustique : il faut donc pratiquer une IRM au moindre doute.

Objectifs du traitement

◗ Le principal objectif est de faire cesser la crise vertigineuse pour limiter les symptômes associés, notamment les nausées et les vomissements : *Tanganil* : en IV à raison d'une ampoule 3 fois par jour pendant la crise et *Primpéran* comme antiémétique : une ampoule 3 fois par jour lors de la crise.

◗ Dans la maladie de Ménière, on donnera volontiers de la bétahistine (*Serc* ou *Lectil*) poursuivie à la demande entre les crises. Lors des crises, on peut avoir recours à des diurétiques de type *Diamox*, *Cyclotériam*, des antivertigineux types *Tanganil*, *Agyrax* en IV.

◗ Le traitement chirurgical sera envisagé lors d'échec du traitement médical et de vertiges devenus invalidants. Il est à type de neurectomie vestibulaire

◗ Dans la névrite vestibulaire : compte tenu de l'intensité du vertige, on réalisera en pratique une hospitalisation, une pose de voie veineuse périphérique

EXEMPLE D'ORDONNANCE

Pour une maladie de Ménière

Serc : 1 comprimé 3 fois par jour dans les formes simples.

Tanganil : 1 comprimé 3 fois par jour en IV suivi par du

Vastarel 20 : 1 comprimé 3 fois par jour *per os*.

Notes

Copyrighted material

Partie II

Rhinologie

- Rhino-pharyngite 19
- Rhinite vasomotrice et hyperréactivité nasale 21
- Sinusite maxillaire aiguë 23
- Ethmoïdite aiguë 25

Copyrighted material

Copyrighted material

Rhino-pharyngite

Physiopathologie

Cette affection touche surtout l'enfant entre 6 mois et 8 ans; elle est caractérisée par l'inflammation des muqueuses du rhino-pharynx, souvent d'origine virale. La maturation complète du système immunitaire dure en moyenne jusqu'à 7 à 8 ans et pendant ce temps, grâce à l'anneau lymphatique de Waldeyer, l'organisme va synthétiser des anticorps lui permettant petit à petit de neutraliser les différents agents infectieux. Les rhino-pharyngites sont dues à un grand nombre de virus et se surinfectent volontiers secondairement avec des bactéries, ceci en raison du fait qu'il y a une stagnation de mucus par paralysie ciliaire et par conséquent une colonisation locale. Les bactéries le plus souvent en cause sont les streptocoques bêtahémolytiques du groupe A, les pneumocoques, *Haemophilus influenzae*, les staphylocoques.

Diagnostic

Signes fonctionnels

- Rhinorrhée muqueuse, voire mucopurulente.
- Obstruction nasale, diarrhée, vomissements possibles.
- Signes généraux dominés par une hyperthermie.

Examen clinique

- Adénopathies cervicales bilatérales fermes et sensibles.
- Muqueuse nasale naso-pharyngée très inflammatoire et sécrétante.
- L'otoscopie retrouve un aspect souvent congestif.

Objectifs du traitement

Les objectifs du traitement sont d'une part, en dehors de toute surinfection bactérienne, d'apporter un plus grand confort au patient en luttant contre les signes généraux par des antipyrétiques et d'autre part la décongestion des fosses nasales. Lors de surinfection bactérienne avérée, l'utilisation d'une antibiothérapie paraît être licite.

© Masson. La photocopie non autorisée est un délit.

Copyrighted mate

EN PRATIQUE

➜ Éviction scolaire.
➜ Repos.
➜ Lavages des fosses nasales avec sérum physiologique.
➜ Antipyrétique : paracétamol (30 à 50 mg/kg/j) ou aspirine pendant 5 jours.
➜ Lorsqu'on a affaire à une surinfection bactérienne manifeste, l'antibiothérapie sera de type large spectre; par exemple amoxicilline pendant une semaine.

Copyrighted material

Rhinite vasomotrice et hyperréactivité nasale

Physiopathologie

Il s'agit d'une inflammation du rhino-pharynx comprenant à la fois des rhinites allergiques, des rhinites vasomotrices non allergiques de type cholinergique. Ces rhinites sont considérées comme étant un ensemble de symptômes dont l'origine serait une association d'anomalies des bêta-récepteurs avec une perturbation des médiateurs chimiques, un déséquilibre du système neurovégétatif et parfois un contexte d'allergie. Ces rhinites risquent d'évoluer au bout d'un certain temps, environ dix ans, vers une polypose nasale.

Diagnostic

Signes cliniques

Ces rhinites ont en commun une rhinorrhée de type séreuse, fréquente et abondante, une évolution paroxystique, des crises d'éternuements, une obstruction nasale quasi constante, une anosmie fluctuante.

Signes d'examen ORL

- La muqueuse apparaît décolorée, humide, parfois violacée.
- Elle est succulente.
- Elle est inflammatoire.
- En ce qui concerne la rhinite allergique, le diagnostic est fait devant la conjonction des différents éléments tels que terrain atopique, hyperactivité nasale et environnement allergique (ex. : rhume des foins).
- En cas de rhinites vasomotrices non allergiques : il s'agit d'une hyperréactivité nasale de type cholinergique.
- Les rhinites vasomotrices regroupent en fait deux grands types de rhinites qui sont d'une part les rhinites allergiques caractérisées par des symptômes classiques d'hyperréactivité nasale associée à un terrain atopique (hyperproduction d'IgE spécifiques contre des allergènes naturels environnementaux), un environnement atopique et d'autre part les rhinites vasomotrices non allergiques de type cholinergique. Dans le cadre des rhinites allergiques, ces IgE spécifiques fixées sur la membrane des mastocytes ou des basophiles et en relation avec leurs allergènes entraînent une dégranulation de ces cellules et la libération de substances telles que histamine, leucotriènes et protaglandines.

© MASSON. La photocopie non autorisée est un délit.

Copyrighted material

EN PRATIQUE

➜ En pratique, les tests demandés sont : un *Phadiatop*, *Multirast*, plus sensibles plus spécifiques que le taux d'IgE totales.
➜ Des tests cutanés.

EXEMPLE D'ORDONNANCE

Rhume des foins :

anti-histaminiques H1 :

Zyrtec 10 : 1 comprimé par jour pendant 1 mois.

Clarytine : 1 comprimé par jour.

Mizolen : 1 comprimé par jour.

Par voie nasale :

Atrovent (agit plutôt sur la rhinorrhée) une pulvérisation 2 fois par jour dans chaque narine pendant 1 mois (anticholinergique),

Lomusol : 1 pulvérisation 2 à 3 fois par jour,

Allergodil (antihistaminique H1) : une pulvérisation 2 fois par jour,

Rhinocort (corticoïde) : une pulvérisation 2 fois par jour.

Dans les formes majeures, on peut en plus associer une corticothérapie orale en cure courte.

Dans les formes majeures et mal tolérées, on aura recours à une consultation auprès d'un allergologue afin de cibler si possible l'allergène en cause et d'avoir éventuellement recours à des traitements préventifs ou une désensibilisation.

Notes

Copyrighted material

Sinusite maxillaire aiguë

Physiopathologie

Il s'agit d'une infection localisée au niveau du sinus maxillaire et leur genèse serait due à une infection d'une part et un blocage des ostia sinusiens d'autre part, orifices permettant le drainage de ces sinus. Cette infection est due le plus souvent à un *Streptococus pneumoniae*, à *Haemophilus influenzae*, *Staphylocoque aureus*, les germes anaérobies sont plutôt retrouvés dans les sinusites maxillaires d'origine dentaire.

Diagnostic

Signes fonctionnels

- Douleurs hémifaciales unilatérales avec pesanteur sous-orbitaire ou péri-orbitaire, accrues par l'effort et le décubitus.
- Obstruction nasale.
- Rhinorrhée purulente, mais parfois totalement absente lors d'une sinusite bloquée.
- Hyperthermie variable.

Signes cliniques

- La rhinoscopie antérieure met en évidence du pus dans les fosses nasales et il est parfois possible de voir une coulée purulente faisant issue au niveau du méat moyen.
- Existence d'un écoulement postérieur purulent épais faisant issue du cavum sur la paroi pharyngée postérieure, douleurs à la palpation de la région sous orbitaire.

Objectifs du traitement

- Calmer la douleur.
- Traiter l'infection avec une antibiothérapie active sur les germes sus-cités.
- Décongestionner les ostia sinusiens afin de favoriser le drainage des sinus.

Copyrighted mate

EXEMPLE D'ORDONNANCE

Augmentin ou *Zinnat per os* pendant 10 jours.

Corticoïdes à raison de 1 mg/kg pendant 5 jours en une prise matinale *per os*.

Pulvérisation nasale de phosphate disodique de prednisolone + oxymétazoline (*Déturgylone*) une pulvérisation dans chaque narine 3 fois par jour pendant 5 jours

Antalgiques de classe I type paracétamol : *Dafalgan 500* : 2 gélules matin, midi et soir.

Notes

Copyrighted material

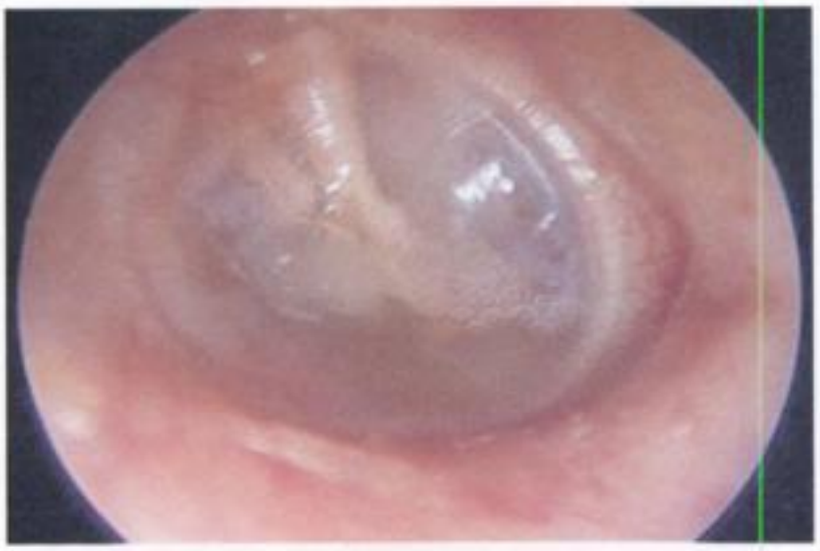


FIG. I. Otite séreuse.

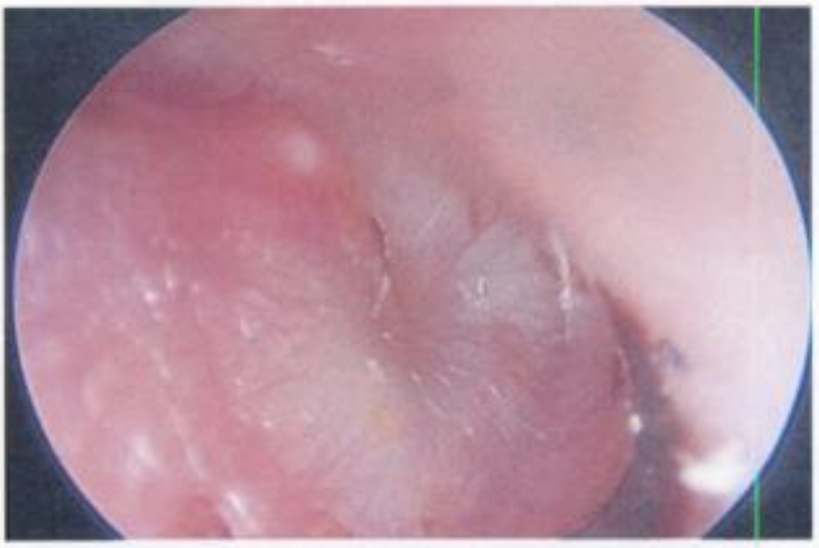


FIG. II. Otite moyenne aiguë purulente.



FIG. III. Otite externe fongique.

Copyrighted material



FIG. IV. Perforation tympanique.



FIG. V. Traitement chirurgical de l'otospongiose vue peropératoire d'un piston téflon accroché à la branche descendante de l'enclume.

Copyrighted material

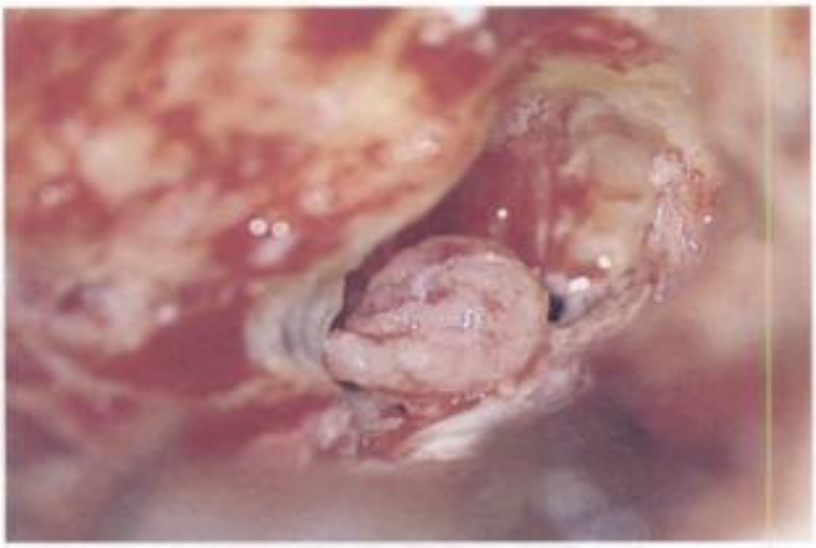


FIG. VI. Vue peropératoire de l'exérèse d'un neurinome de l'acoustique.



FIG. VII. Sinusite moyenne aiguë avec pus au méat moyen.



FIG. VIII. Polypose naso-sinusienne.

Copyrighted material



FIG. IX. Ethmoïdite aiguë de l'enfant avec signe oculaire.



FIG. X. Laryngite aiguë.



FIG. XI. Angine érythémato-pultacée.

Copyrighted material

Ethmoïdite aiguë

Physiopathologie

Il s'agit d'une complication rare mais redoutable des rhino-pharyngites et survenant préférentiellement chez des enfants de 2 à 3 ans. Les deux germes les plus fréquemment retrouvés sont le staphylocoque doré, *Haemophilus influenzae*. Les risques principaux sont la cécité, par extension orbitaire de contiguité, ainsi que tout le cortège de complications méningo-encéphalitiques.

Diagnostic

Signes fonctionnels

- Altération franche de l'état général.
- Mouchage mucopurulent unilatéral.
- Œdème au niveau de l'angle inférieur de l'œil.

Signes d'examen

- Pus dans la fosse nasale homolatérale à l'œdème hémifacial à la rhinoscopie antérieure.
- Œdème palpébral unilatéral et réalisation d'un examen ophtalmologique à la recherche d'une mydriase ou d'une ophtalmoplégie.
- Abolition de la sensibilité cornéenne.
- Douleurs à la palpation.

Objectifs du traitement

- Éradiquer l'infection, prévenir ainsi les complications ophtalmologiques et encéphaliques.
- En cas de signes de compression oculaire, un traitement chirurgical de décompression s'impose en urgence.

Copyrighted material

EN PRATIQUE

- Hospitalisation en urgence.
- Scanner des sinus en urgence.
- Examen ophtalmologique.
- Prélèvements bactériologiques endo-nasaux.
- Pose d'une voie veineuse périphérique.
- Antibiothérapie active sur le staphylocoque, le streptocoque et les anaérobies :
 - → *Claforan* : 100 mg/kg/j.
 - → *Fosfocine* : 100-200 mg/kg/j.
 - → *Flagyl* : 30 mg/kg/j.
 - → *Nétromycine* : 6 à 2,5 mg/kg/j.
- Antalgiques de type paracétamol ; *Dafalgan* : 50 mg/kg/j.
- Anti-inflammatoires de type corticoïde à la dose de 1 mg/kg par voie veineuse périphérique.
- L'absence d'amélioration sous traitement médical ou la survenue d'une collection impose un drainage chirurgical en urgence.

Copyrighted material

Partie III

Laryngologie. Pathologie oro-pharyngée et cervico-faciale

- Dyspnée laryngée 29
- Angine érythémateuse et érythématopultacée 31
- Phlegmon de l'amygdale 33
- Paralysie faciale *a frigore* 35
- Lithiase sous-maxillaire 37
- Parotidite aiguë 39

Copyrighted material

Copyrighted material

Dyspnée laryngée

Physiopathologie

Tout obstacle au niveau de la filière laryngée va entraîner une gêne respiratoire ou dyspnée. Cette dyspnée laryngée sera relativement fréquente chez l'enfant et cela s'explique par l'étroitesse de la filière laryngée. En effet, le moindre œdème va entraîner une réduction plus importante du calibre trachéal et à titre d'exemple, chez l'enfant de moins de un an, un œdème circonférentiel de 1 mm d'épaisseur réduit le calibre de cette filière près de 50 % alors que chez l'adulte, la réduction n'est que de 25 %. Chez l'enfant la cause la plus fréquente de dyspnée laryngée est la laryngite aiguë alors que chez l'adulte la pathologie tumorale est au premier plan.

Diagnostic

Signes fonctionnels

La dyspnée laryngée provoque typiquement une bradypnée inspiratoire avec tirage, c'est-à-dire qu'il existe un allongement du temps inspiratoire, de la respiration avec dépression des parties molles sus-sternales, sus-claviculaires, intercostales et abdominales et un bruit inspiratoire appelé cornage qui traduit le rétrécissement laryngé. Certains signes qui traduisent la gravité de la dyspnée sont à prendre en compte; ils traduisent l'imminence de l'arrêt respiratoire puis cardiaque :

- ➜ la durée qui épuise l'enfant,
- ➜ les signes d'asphyxie comme les sueurs, la tachycardie, l'hypertension artérielle et la cyanose,
- ➜ la pâleur accentuée,
- ➜ un rythme respiratoire très irrégulier.

Chez l'enfant, les laryngites aiguës sont souvent saisonnières au cours de la saison froide.

Signes d'examen

L'examen sera toujours très difficile du fait de la gène respiratoire, tout particulièrement chez l'enfant. Cet examen doit toujours être entouré de précautions, c'est-à-dire que le matériel d'intubation ou de trachéotomie doit être disponible. L'examen indispensable est la laryngoscopie, au miroir, qui sera indirecte, chez l'adulte et direct chez l'enfant. Cette laryngoscopie va montrer la cause de l'obstacle laryngé qui sera souvent une tumeur chez l'adulte et une laryngite aiguë chez l'enfant (striduleuse ou œdémateuse).

- ◗ La laryngite striduleuse est une laryngite congestive avec toux et voix rauque et accès paroxystique de suffocation entre les épisodes de respiration sub-normale.
- ◗ La laryngite œdémateuse est plus grave avec une dyspnée qui va aller croissante.
- ◗ La laryngite sous-glottique est évoquée devant une bradypnée inspiratoire un tirage, un cornage et des modifications de la voix et de la toux.

© Masson. La photocopie non autorisée est un délit.

Copyrighted material

◗ La laryngite supraglottique ou épiglottite sera suspectée devant une dyspnée importante qui s'aggrave lorsque l'enfant est allongé, l'obligeant à rester assis. Souvent une dysphagie est associée avec stase salivaire, voix couverte mais la toux est généralement claire.

Objectif du traitement

Rétablir un passage d'air suffisant au niveau du larynx pour permettre une oxygénation suffisante au niveau pulmonaire.

Conduite du traitement

◗ Il faut administrer immédiatement des corticoïdes par voie intramusculaire ou mieux par voie intraveineuse, quelle que soit la cause de la dyspnée laryngée car il existe toujours un facteur inflammatoire surajouté. On utilisera un corticoïde d'action rapide : dexaméthasone (*Soludécadron* ou bétaméthasone (*Célestène* injectable) à la dose de 1 mg/kg.

◗ En cas de laryngite spasmodique striduleuse souvent plus bénigne, l'humidification de l'atmosphère, des antispasmodiques (*Valium*) et parfois des corticoïdes *per os* (*Célestène* à la dose de 10 gouttes par kilo) sont souvent suffisants. L'antibiotique à ce stade ne s'impose pas et surtout est inutile car la cause est souvent d'origine virale.

◗ Avec ces traitements, l'amélioration doit être très rapide. Si celle-ci ne se produit pas, il faudra pratiquer une hospitalisation d'urgence, et en cas d'aggravation de la dyspnée, il faudra pratiquer une intubation trachéale en sachant que celle-ci sera toujours difficile car chez l'enfant, la filière est étroite et masquée par l'œdème quelle que soit sa localisation. Chez l'adulte, la masse tumorale peut gêner cette intubation. Dans certains cas, la trachéotomie sera nécessaire. En cas d'extrême urgence, il faut savoir pratiquer une laryngotomie, c'est-à-dire une ouverture de la membrane crico-thyroïdienne entre le bord inférieur du cartilage thyroïde et le bord supérieur du cartilage cricoïde

Copyrighted material

Angine érythémateuse et érythématopultacée

Physiopathologie

Les angines sont des inflammations aiguës des amygdales palatines. Les plus fréquentes sont les angines érythémateuses et/ou érythématopultacées, caractérisées par des amygdales rouges avec, dans le deuxième cas, des points blancs. Elles sont souvent le reflet d'une infection virale mais peuvent aussi traduire une infection bactérienne. Par conséquent, face à cette double étiologie possible et la crainte d'avoir à faire à un streptocoque bêtahémolytique du groupe A (et les risques propres à ces bactéries), proposer un traitement antibiotique est la règle.
D'autres bactéries sont malgré tout rencontrées comme : *Haemophilus influenzae*, staphylocoque doré, *Moraxella catarrhalis*.

Diagnostic

Signes fonctionnels

Dysphagie d'intensité variable.

Signes généraux

- Hyperthermie.
- L'origine virale est suspectée par l'existence de symptômes laryngo-trachéaux et nasaux mais n'excluant cependant pas une surinfection bactérienne.

Signes d'examen clinique

Adénopathies cervicales bilatérales, grosses amygdales rouges, voire érythématopultacées.

Objectif du traitement

L'objectif principal est l'éradication d'un éventuel streptocoque bêtahémolytique du groupe A en raison des complications potentielles qu'il peut entraîner. Ce germe est presque toujours sensible à la pénicilline V sous réserve d'une bonne observance et d'un traitement de 10 jours.

© Masson. La photocopie non autorisée est un délit.

Copyrighted material

Hidden page

Hidden page

Hidden page

Paralysie faciale *a frigore*

Physiopathologie

Il s'agit d'une atteinte de la mobilité de la face, due à une lésion du nerf facial, dont la cause n'est, dans ce cas, pas clairement établie; elle pourrait être le fait d'une infection virale (ex. : *Herpès virus*). Son évolution est habituellement favorable en 3 à 6 semaines sans séquelle; parfois, la récupération de la motricité est plus tardive et le risque de séquelles est important, notamment avec l'apparition d'hémispasme et de syncinésies.

Diagnostic

Signes fonctionnels

- Paralysie de l'hémiface unilatérale et d'apparition rapide.
- Syndrome pseudogrippal préalable parfois.
- Douleurs rétro-auriculaires.
- Examen otologique normal.

Signes d'examen

- Signe de Charles Bell.
- Chute de la commissure labiale.
- Effacement des rides du front.
- Inocclusion palpébrale.
- Effacement du pli naso-génien.
- Otoscopie normale.

Objectifs du traitement

Accélérer la récupération fonctionnelle et diminuer la gravité des séquelles. Par ailleurs, un traitement antiviral par *Zovirax* est conseillé, les virus de type herpès étant souvent incriminé dans les formes sévères de paralysie faciale.

Copyrighted mate

Kinésithérapie faciale : une séance par jour à raison de 10 séances au total.

Corticothérapie intense et précoce. Exemple :

Solumédrol : 240 mg par jour pendant 2 jours puis 120 mg par jour pendant 2 jours, puis 80 mg pendant 2 jours puis 60 mg pendant 2 jours.

Traitements autres :

Zovirax : 10 mg/kg toutes les 8 heures en IV pendant 7 jours.

Des vasodilatateurs pendant une semaine tels que :

Fonzylane : 40 mg en IV une fois par jour puis relais par

Vastarel 20 : un comprimé 3 fois par jour pendant un mois.

Occlusion palpébrale. Il faudra éliminer une tumeur de la fosse cérébrale postérieure en cas de non amélioration et pour se faire, on pratiquera une IRM du tronc cérébral.

Notes

Copyrighted material

Lithiase sous-maxillaire

La lithiase salivaire touche toutes les glandes salivaires mais très préférentiellement la glande sous-maxillaire.

Signes fonctionnels

Classiquement, au cours de chaque repas, apparaît un gonflement unilatéral douloureux d'une glande sous-maxillaire; cette tuméfaction douloureuse peut persister pendant tout le repas et après le repas ou céder en quelques minutes après libération importante de salive. Généralement, les crises vont durer plusieurs jours, on observe sédation des symptômes; c'est la répétition de ceux-ci qui motivera la consultation et orientera le diagnostic.

Signes d'examen clinique

◗ En dehors des crises, la glande sous-maxillaire peut être de taille normale. Elle est souvent douloureuse à la palpation et au palper bi-manuel. Ce palper bi-manuel recherchera le contact du calcul au pôle antérieur de la glande ou sur le canal de Wharton. L'ostium du Wharton peut d'ailleurs être rouge et tuméfié.

◗ C'est la radiographie qui apportera le diagnostic; généralement un simple cliché mordu montrera le calcul radio-opaque. Dans certains cas c'est la sialographie qui mettra en évidence le ou les calculs.

Base du traitement

◗ La crise de colique salivaire est traitée par des antispasmodiques, des antibiotiques et des anti-inflammatoires.

◗ Si les crises se répètent le traitement est chirurgical. Il consiste en l'ablation des calculs, généralement par voie endo-buccale en incisant le canal de Wharton. Si les calculs se répètent, la glande sous-maxillaire devenant pierreuse, elle devra être enlevée par voie externe.

Copyrighted mate

EXEMPLE D'ORDONNANCE

Teinture de Jaborandy au 1/5e : 50 à 60 gouttes par jour.

Spasfon : 2 à 4 comprimés par jour.

Rovamycine et *Voltarène* : posologie voir chapitre « Parotidite aiguë ».

Notes

Copyrighted material

Parotidite aiguë

Physiopathologie

Il faut distinguer les parotidites de l'enfant de celles de l'adulte.

➜ Chez l'enfant, la pathogénie est inconnue : on a évoqué une malformation locale, une allergie, une surinfection, des lésions nécrotiques secondaires à une parotidite ourlienne.

➜ Chez l'adulte les parotidites chroniques seraient secondaires à une infection canaliculaire ascendante favorisée peut-être par des lésions dentaires ou des infections de voisinage.

Signes fonctionnels

La parotidite se manifeste par une tuméfaction parotidienne unilatérale pouvant évoquer chez l'enfant les oreillons. Cette tuméfaction est ferme, douloureuse, diffuse ou localisée. Chez l'enfant, il y a souvent asthénie et fièvre. Aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, la parotidite est très volontiers récidivante et c'est souvent au cours des poussées que le diagnostic est évoqué.

Signes d'examen clinique

On trouve une parotide augmentée de volume, douloureuse à la palpation. La pression exercée sur la parotide fait soudre du pus ou de la salive mêlée de pus à l'ostium du canal de sténon. On peut prélever ce pus pour une analyse bactériologique et un antibiogramme.

Lorsque les poussées sont fréquentes une sialographie peut être demandée montrant une dilatation des canalicules et des images caractéristiques en « plomb de chasse » ou « d'arbre en fleurs ».

Traitement

Les poussées aiguës seront traitées par un traitement antibiotique à bonne diffusion salivaire associé à des anti-inflammatoires. En cas de crises très itératives, chez l'enfant, on pourra instituer un traitement local par lavages de la glande avec un mélange antibiotique + cortisone injecté par le canal de sténon. Ce même traitement peut être proposé chez l'adulte. Chez l'adulte, la parotidectomie ne sera pratiquée que de façon très exceptionnelle en cas de non contrôle des poussées et surtout avec visualisation d'un large abcès à la sialographie.

Copyrighted material

EXEMPLE D'ORDONNANCE

Rovamycine : chez l'adulte 2 à 3 cp. à 3 mUI; chez l'enfant, 200 000 à 300 000 ui/kg et par jour en 2 à 3 prises. Ce traitement antibiotique sera poursuivi pendant 7 jours.

Voltarène : chez l'adulte; 1 cp. 50 mg matin, midi et soir en cas d'absence d'antécédent ulcéreux, ou *Cérébrex* 100: 1 gélule matin et soir. Chez l'enfant *Voltarène* 25 mg: 1 cp. matin et soir.

Notes

Copyrighted material

Partie IV

Les examens complémentaires

- Audiométrie 43
- Les potentiels évoqués auditifs 47
- Oto-émissions 48
- Rhinomanométrie 49
- Vidéonystagmographie 50

Copyrighted material

Copyrighted material

Audiométrie

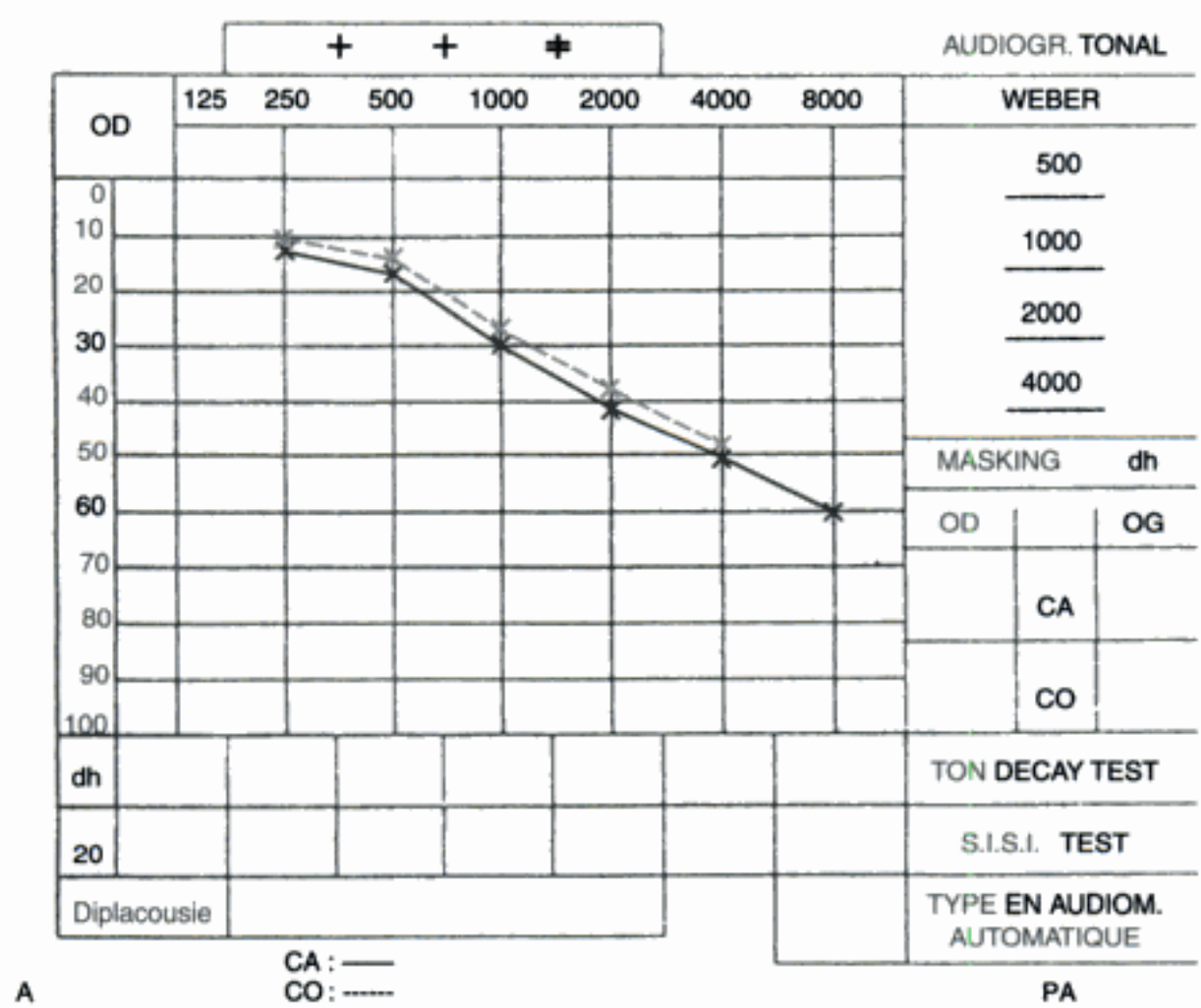
Objectif

L'audiométrie permet d'évaluer le niveau auditif et aide le clinicien à situer les lésions dans l'oreille moyenne ou dans l'oreille interne. Il en existe différents types tels que : audiométrie tonale, vocale, qui sont toutes les deux objectives et le réflexe stapédien, l'impédancemétrie qui sont deux examens objectifs.

EN PRATIQUE

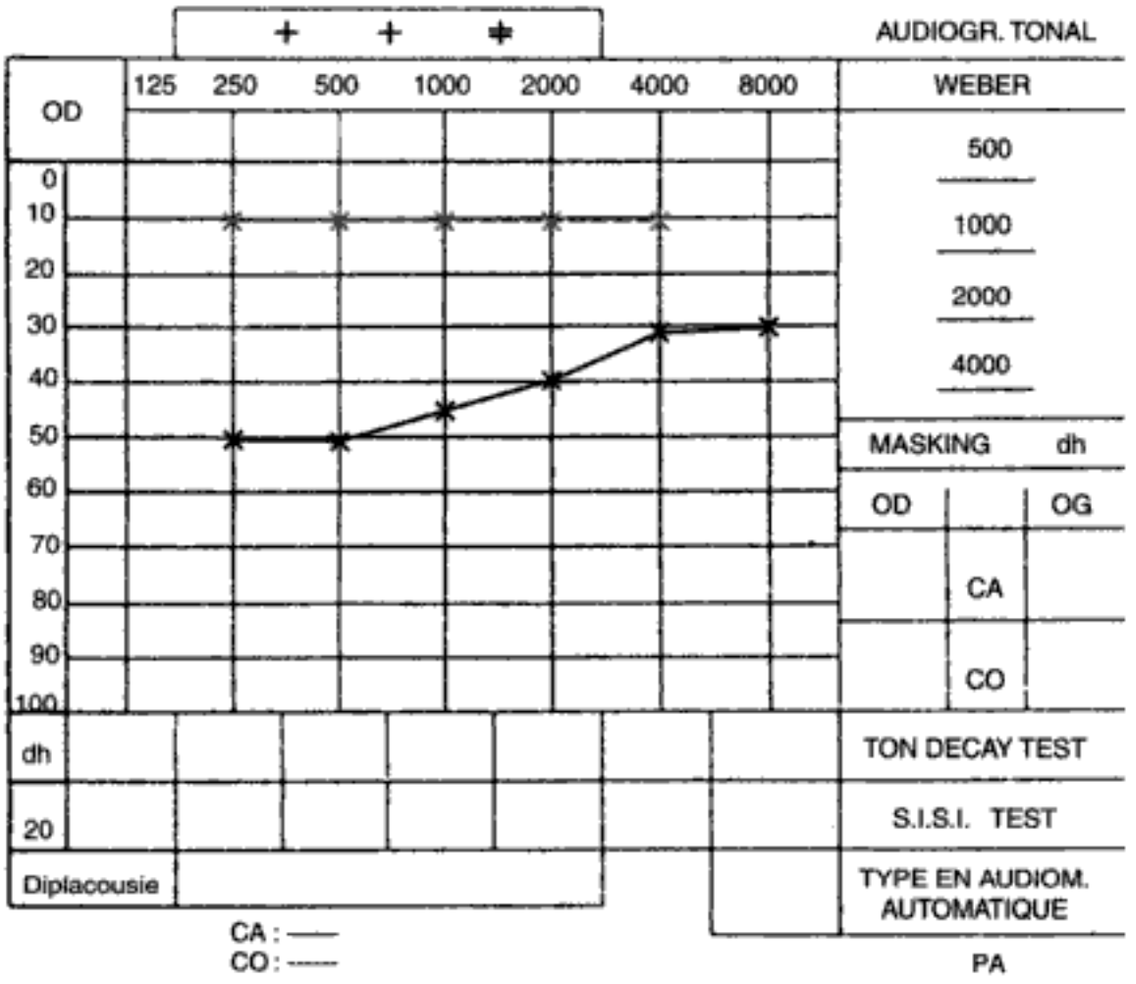
➜ *L'audiométrie tonale* permet d'évaluer à la fois les seuils de conduction aérienne et les seuils de conduction osseuse, testés au moyen d'un vibrateur osseux placé sur la mastoïde, permettant ainsi d'aider le clinicien à diagnostiquer une surdité de perception (A), une surdité de transmission (B), une surdité de type mixte (C).

Audiogramme vocal



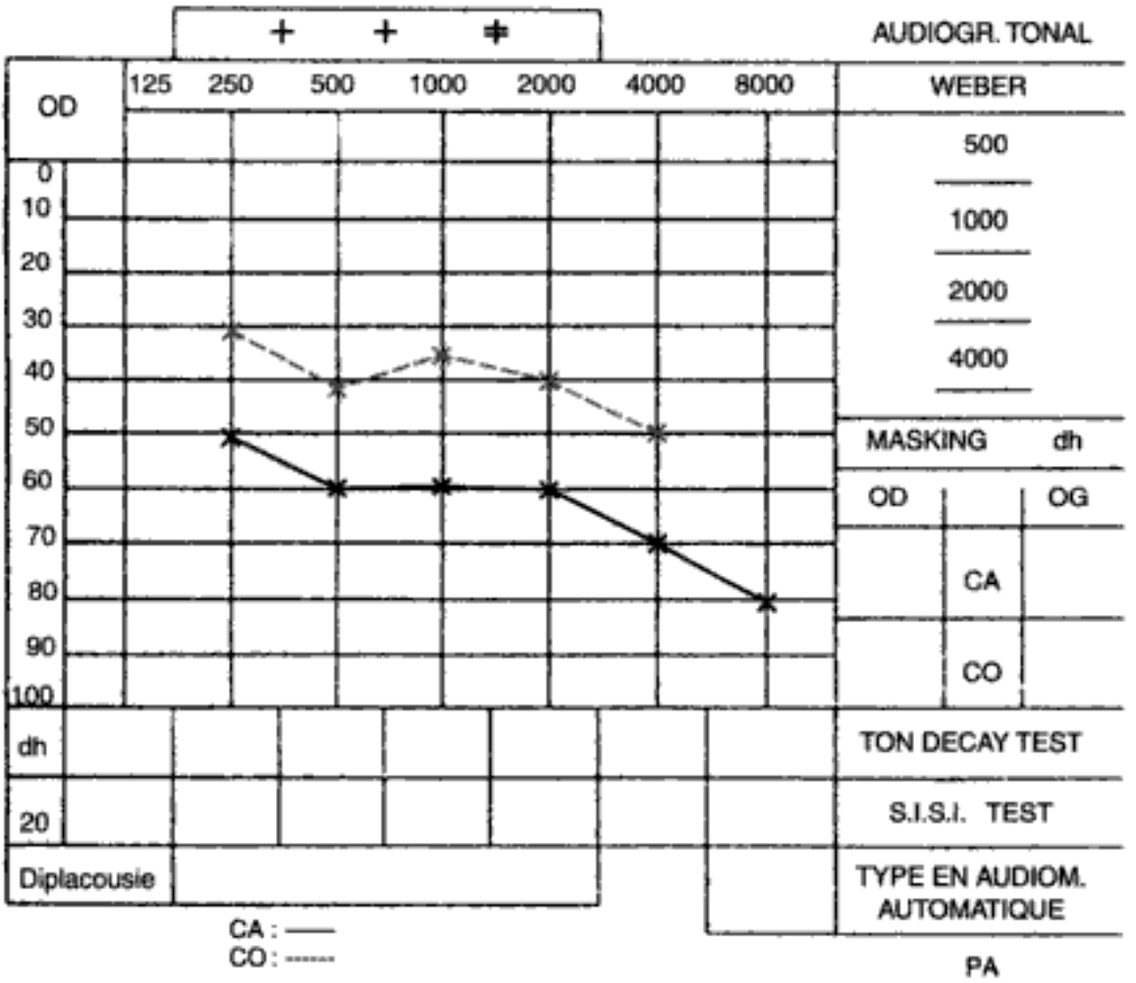
Copyrighted material

Audiogramme vocal



B

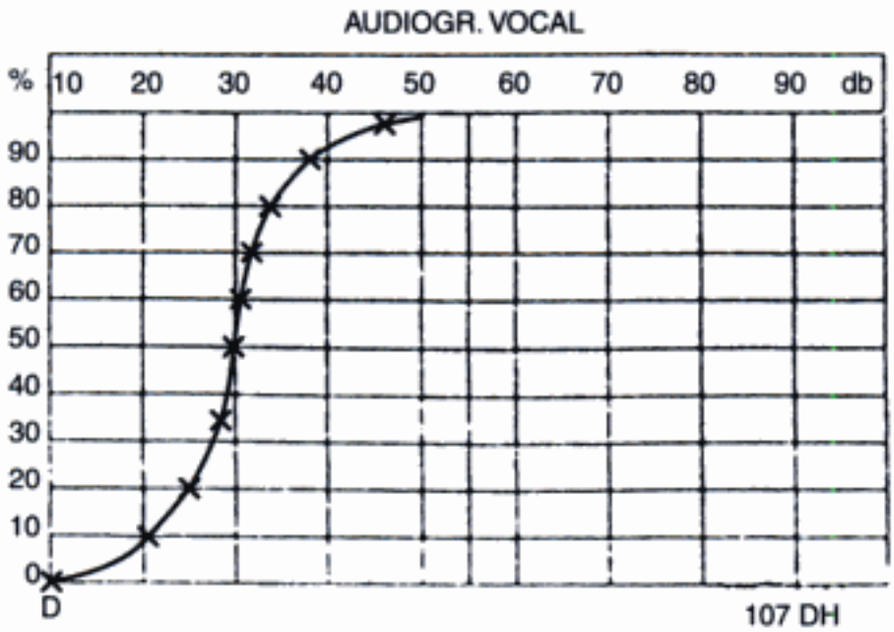
Audiogramme vocal



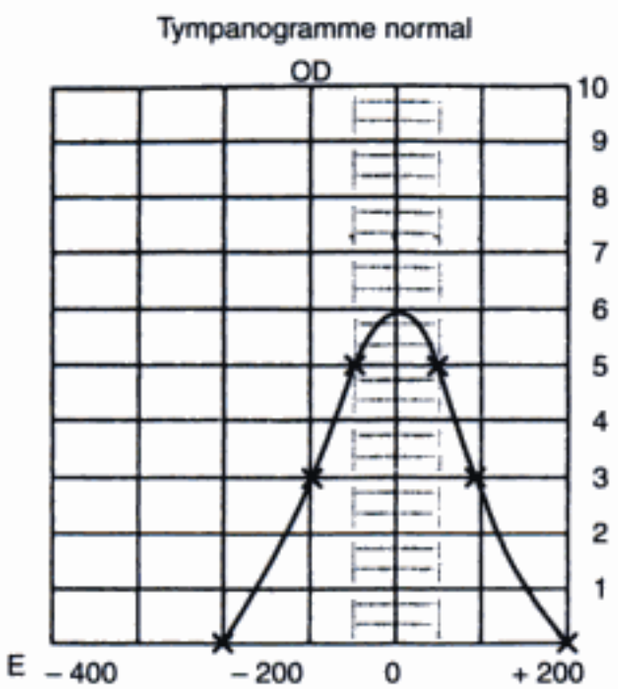
C

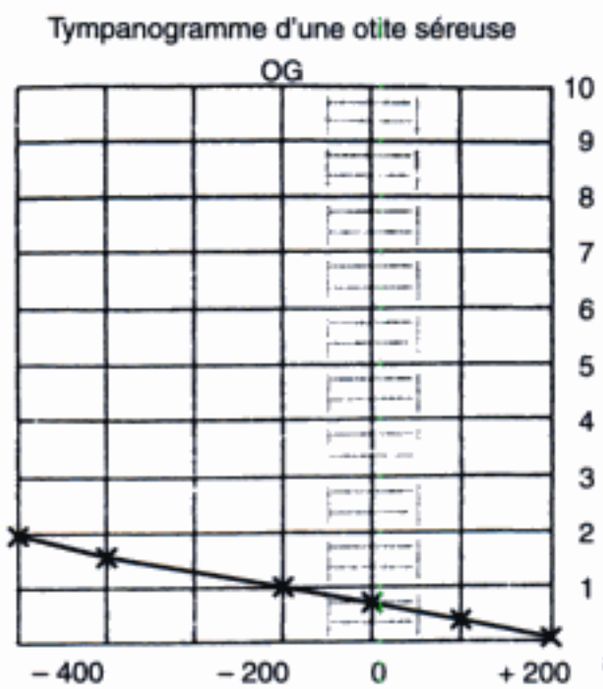
Copyrighted material

➜ *L'audiométrie vocale* permet, quant à elle, d'évaluer non plus à quel niveau le patient a une perception auditive, mais ce que le patient entend au moyen de liste de mots dyssyllabiques présentée par voie aérienne de façon croissante et répétée par le patient. Sur une courbe, est consigné le pourcentage de mots correctement répétés et on obtient ainsi une courbe d'intelligibilité (D).



➜ *La tympanométrie* est une méthode qui permet d'évaluer la mobilité du tympan grâce à une pression exercée dans l'oreille externe au moyen d'une sonde. Une sonde est posée de façon étanche dans le conduit auditif externe : un premier canal émet un son, un deuxième fait varier la pression et un troisième mesure l'intensité de la réflexion du son du tympan vers la sonde. La pression varie de plus 200 à moins 400 mm d'eau (E et F).





Copyrighted material

➜ Le réflexe stapédien. Un fort stimulus sonore entraîne un réflexe de protection de l'oreille interne par l'oreille moyenne en passant par la contraction du muscle de l'étrier : c'est le réflexe stapédien. On obtient ainsi une rigidification de la chaîne ossiculaire et de la membrane tympanique qui est mesurée par un impédancemètre.

Copyrighted material

Les potentiels évoqués auditifs

Objectifs

Cette méthode permet d'enregistrer l'activité électrique des voies auditives lors de la transmission sonore.

EN PRATIQUE

Des électrodes sont placées sur le scalp du patient; une stimulation sonore exercée grâce à un casque posé sur son oreille est délivrée à une intensité et une fréquence variables. Chaque oreille est étudiée séparément. Différentes ondes sont enregistrées correspondant à des zones anatomiques différentes du système auditif :

- ➜ Les ondes I et II concernent le nerf auditif.
- ➜ L'onde III : nerf cochléaire dorsal.
- ➜ L'onde IV : olive protubérentielle.
- ➜ L'onde V : tubercule quadrijumeau.
- ➜ L'onde VI : corps genouillé et médian.
- ➜ L'onde VII : cortex auditif.

Cet examen peut se faire avec ou sans anesthésie générale.

Application

- ◗ Détermination des seuils auditifs chez les enfants lors d'une suspicion de surdité.
- ◗ Détection d'une atteinte rétro-cochléaire.
- ◗ Détection d'une lésion cérébrale.

© MASSON. La photocopie non autorisée est un délit.

Copyrighted material

Oto-émissions

Objectif

C'est un test de plus en plus utilisé, en particulier en néonatalogie afin de dépister d'éventuelle surdité chez l'enfant; l'oreille interne produisant des sons pouvant être recueillis dans le conduit auditif externe et analysé par ordinateur.

EN PRATIQUE

On reconnaît différents types :

- Les oto-émissions émises par la cochlée en réponse à un clic.
- Les oto-émissions émises par la cochlée en réponse à un mélange de deux sons puis émis en même temps.
- Les oto-émissions spontanées en l'absence de stimulation et absent la plupart du temps chez le sujet normal.

Elles représentent donc un moyen objectif pour déterminer la fonction cochléaire.

Applications

- Dépistage d'une éventuelle surdité chez le jeune enfant.
- Confirmation d'une audition normale chez l'adulte.
- Si le seuil auditif dépasse 30 décibels, ces oto-émissions ne peuvent pas être enregistrées.

Copyrighted material

Rhinomanométrie

Objectif

Elle permet de mesurer la perméabilité nasale.

Applications

- Appréciation de la fonction nasale afin d'évaluer la gêne que présente le patient.
- Appréciation des résultats thérapeutiques après septoplastie ou turbinectomie.
- Expertise médico-légale.

EN PRATIQUE

- On mesure les courants gazeux dans les fosses nasales, les mesures étant bi- ou uninasales.
- La ventilation est réalisée à travers un tube, inséré dans la narine, et percé d'une ouverture latérale reliée à un manomètre. On peut ainsi effectuer des mesures de pression des flux entrants ou sortants.
- Les pressions mesurées sont d'autant plus élevées que la lumière nasale est plus étroite; on dispose ainsi de valeurs reflétant le degré de perméabilité des fosses nasales.

Copyrighted mate

Vidéonystagmographie

Objectifs

Il s'agit d'explorer la fonction vestibulaire par étude du nystagmus. On étudie donc le nystagmus provoqué, induit, spontané au moyen d'une caméra reliée à un ordinateur évaluant les mouvements oculaires.

EN PRATIQUE

On évalue ainsi la direction du nystagmus (le sens étant donné par la secousse rapide), la fréquence, l'amplitude, le rythme.

Différents tests sont pratiqués tels :

- Le test calorique : eaux froide et chaude dans le conduit auditif externe. Les modifications thermiques transmises au canal semi-circulaire externe entraînent une réponse nystagmique. L'intensité de la réponse est d'autant plus grande que l'eau est plus froide (une stimulation froide va entraîner un nystagmus battant vers l'oreille opposée et inversement pour une stimulation eau chaude).
- Le test pendulaire : les yeux suivent le mouvement d'un pendule et lors d'atteinte centrale, se traduit par une altération de la sinusoïde qui est normalement régulière; cette sinusoïde est tout à fait normale en cas de vertiges périphériques.
- Le test rotatoire pendulaire : cette épreuve permet d'évaluer simultanément les deux labyrinthes; il est asymétrique en cas d'atteinte unilatérale non compensée.

Applications

- Examen permettant de trancher en cas d'un vertige périphérique ou central.
- Examen pouvant mettre en évidence un syndrome dysharmonieux.
- Pour établir le diagnostic, il est nécessaire de confronter cet examen aux données de l'examen clinique.

Copyrighted material

Partie V

Les médicaments

- Recommandations pour l'usage des gouttes auriculaires 53
- Les décongestionnants nasaux par voie locale 55
- Collutoire antibactérien 57
- Décongestionnants nasaux par voie générale 58
- Décongestionnants nasaux par voie générale contenant de la pseudoéphedrine 60
- Antihistaminique H1 61

Copyrighted material

Copyrighted material

Recommandations pour l'usage des gouttes auriculaires

La plupart des gouttes auriculaires, en dehors des antibactériens purs, sont ototoxiques. Elles sont donc à proscrire en cas de non intégrité de la membrane tympanique. En effet, en cas de passage au sein de l'oreille interne, ces gouttes peuvent engendrer une cophose. Il est donc impératif avant toute prescription de vérifier l'état du tympan.

Gouttes contenant un antibactérien et un corticoïde

Effets indésirables

- Oto-toxicité vestibulaire ou cochléaire en cas de tympan ouvert.
- Possibilité de sélection de germes résistants.
- Possibilité de développement d'une mycose.
- Possibilité d'allergie aux antibiotiques.

Interaction médicamenteuse

Compte tenu du très faible passage systémique, les interactions médicamenteuses sont rarissimes avec ce type de médicament.

Précautions d'emploi

- Il est impératif de vérifier l'intégrité tympanique.
- La durée de traitement est habituellement limitée à 10 jours. En cas d'absence d'amélioration clinique, il faudra suspecter une résistance bactérienne aux gouttes prescrites.
- Il ne faut pas administrer sous pression ces gouttes auriculaires (risque de lésion du tympan).

Gouttes auriculaires contenant un antibactérien, un antifongique et des corticoïdes (*Auricularum*)

Effets indésirables

- Sensation de brûlure du conduit auditif externe.
- Prurit en début de traitement.
- Réaction allergique locale.
- Possibilité de sensation vertigineuse.
- Produit à utiliser avec prudence chez l'enfant de moins de 8 ans ayant une perforation tympanique, en raison du risque de coloration des dents par la

© Masson. La photocopie non autorisée est un délit.

Copyrighted mat

tétracycline. Il est important de noter que ce produit contenant des corticoïdes et des antifongiques peut être utilisé même en cas de perforation tympanique.

Interactions médicamenteuses

Compte tenu du très faible passage systémique, il n'existe pas d'interactions médicamenteuses notées.

Gouttes auriculaires de type antibactérien pur

Précautions d'emploi

- Résistance bactérienne à l'un des produits.
- Otalgies transitoires.
- Réaction d'hypersensibilité.

Interaction médicamenteuse

Compte tenu du très faible passage systémique, en ce qui concerne les autres gouttes auriculaires, le risque d'interaction médicamenteuse est très faible.

Précautions d'emploi

- Ne pas utiliser chez un patient allergique à l'antibactérien présent dans les gouttes auriculaires. En ce qui concerne le récipient unidose, il doit être jeté après utilisation, car ne contenant pas d'excipient, il y a un risque de contamination bactérienne du flacon.
- Utiliser un récipient unidose pour chaque oreille atteinte.

Copyrighted material

Décongestionnants nasaux par voie locale

Les corticoïdes

Effets indésirables

- Phénomènes d'irritation : éternuements, rhinorrhée.
- Assèchement rapide des muqueuses.
- Épistaxis.
- Prurit.

Par ailleurs, ces décongestionnants nasaux par voie locale étant de véritables corticoïdes, il est à noter un risque de passage transplacentaire chez la femme enceinte aussi, ce type de traitement est-il à manipuler avec précaution dans cette population.

Contre-indications

- Tuberculose pulmonaire évolutive.
- Ulcère digestif non traité, non surveillé.

Précautions d'emploi

- Antécédents d'ulcère digestif.
- Susceptibilité particulière à la corticothérapie.
- Par ailleurs, chez les patients préalablement traités par corticothérapie générale, la diminution de celle-ci doit se faire par paliers progressifs en raison du risque d'insuffisance rénale aiguë.
- La surveillance d'apparition de tout symptôme évoquant une insuffisance surrénale aiguë.

Décongestionnants nasaux par voie locale de type vasoconstricteur et corticoïde

Effets indésirables

- Irritation : éternuements, rhinorrhée, prurit.
- Céphalées.
- Insomnies.
- Palpitations.
- Sécheresse nasale.
- Épistaxis.

Interactions médicamenteuses

- En raison du manque de données, on déconseillera fortement l'association avec des IMAO sélectifs car il s'agit de vasoconstricteurs sympathomimétiques α.
- L'ipromazine : en raison de survenue de crises hypertensives.
- La bromocriptine en raison du risque de vasoconstriction et de poussée hypertensive.

Précautions d'emploi

Du fait de l'activité sympathomimétique α des vasoconstricteurs et de leur passage systémique, il faut être prudent

© MASSON. La photocopie non autorisée est un délit.

Copyrighted mate

quant à son utilisation chez les patients souffrant d'hypertension artérielle, d'affection cardiaque ou d'hyperthyroïdie.

Contre-indications

- L'enfant de moins de 12 ans.
- Risque de glaucome par fermeture de l'angle.
- Risque de rétention urinaire lié à des troubles urétro-prostatiques.
- Hypersensibilité à l'un des constituants.
- Localisation nasale d'infection tels que zona, varicelle, herpès.
- Femme enceinte.

Décongestionnants nasaux par voie locale de type vasoconstricteur

Leurs indications résident dans le traitement local des états congestifs aigus au cours des rhinites et des sinusites.

Effets indésirables

- Sensation de sécheresse nasale.
- Céphalées.
- Palpitations.
- Insomnie.

Interactions médicamenteuses

- L'association avec les IMAO sélectifs et les IMAO non sélectifs (risque avec ces derniers de crise hypertensive).
- Avec la bromocriptine, il y a risque de vasoconstriction avec poussée hypertensive.

Précautions d'emploi

Ne pas utiliser de façon prolongée en raison du risque de rebonds de rhinite qui devient en fait une rhinite iatrogène. Du fait de l'activité sympathomimétique α, la prudence s'impose en cas d'hypertension artérielle, d'affection cardiaque et d'hyperthyroïdie.

Contre-indications

- Enfant de moins de 12 ans.
- Risque de glaucome par fermeture de l'angle.
- Risque de rétention urinaire liée à des troubles urétro-prostatiques.
- Hypersensibilité à l'un des constituants.
- Femme enceinte.
- Patient prenant des médicaments pour lesquels il existe des risques d'interactions.

Copyrighted material

Collutoire antibactérien

Effets indésirables

◗ Antécédents d'épilepsie (il peut exister parmi les excipients, des dérivés terpiniques).
◗ Persistance des symptômes au-delà de cinq jours, fièvre associée.

Interactions médicamenteuses

Il est à noter que l'excitidine est inactivée par les solutions alcalines et que l'utilisation simultanéo-successive de gouttes antiseptiques est à éviter, compte tenu des interférences possibles, notamment avec les dérivés ioniques.

Précaution d'emploi

◗ En raison de la présence de dérivés terpiniques et en cas de non respect des doses, il y a un risque de convulsions chez l'enfant et une possibilité d'agitation et de confusion chez le sujet âgé.
◗ Il est préférable de ne plus utiliser ce médicament chez la femme allaitante en raison du risque de passage des dérivés terpiniques dans le lait et de leur toxicité neurologique potentielle chez le nourrisson.

Copyrighted material

Décongestionnants nasaux par voie générale

Effets indésirables

En ce qui concerne les dérivés à base de clocinizine et de pholcodine, les effets indésirables sont les suivants :

- Liés à la pholcodine : des possibilités de constipation, de somnolence, d'état vertigineux, de nausées, de vomissements, de bronchospasmes, de réaction cutanée allergique.
- En ce qui concerne les effets indésirables liés à la clocinizine, les risques sont des effets neurovégétatifs tels que la sédation, la somnolence.
- Des effets anticholinergiques tels que sécheresse muqueuse, mydriase, constipation, trouble de l'accommodation, palpitations cardiaques, risques de rétention urinaire, tarissement de la sécrétion lactée, hypotension orthostatique, troubles de l'équilibre, incoordination motrice, tremblements, confusion mentale, hallucination, nervosité, insomnie.
- Il existe également des effets hématologiques à cette molécule tels que leucopénie, neutropénie, thrombocytopénie et anémie hémolytique.
- Enfin, il existe des réactions de sensibilisation comme des érythèmes, des ezcémas, purpuras, urticaire, œdème de Quincke et choc analphilactique.

Interactions médicamenteuses

- Les interactions liées à la pholcodine sont surtout présentes avec des dérivés morphiniques et peuvent entraîner une dépression respiratoire.
- Celles qui sont liées à la clocinézine sont essentiellement avec l'atropine où il y a risque d'addition des effets indésirables atropiniques tels que rétention urinaire, constipation et sécheresse de bouche.
- Les interactions médicamenteuses liées à la présence des deux composés sont à prendre en compte avec les dépresseurs du système nerveux central car il existe un risque de majoration de la dépression centrale ; il existe également une altération de la vigilance.

Précautions d'emploi

La clocinizine doit être utilisée avec prudence chez le sujet âgé en raison d'une grande sensibilité liée à l'hypotension orthostatique, aux vertiges, à la sédation, une constipation chronique (éventuellement en raison d'une éventuelle hypertrophie prostatique) ; elle est à utiliser

Copyrighted material

avec précaution également lors d'insuffisance hépatique ou d'insuffisance rénale sévère du fait du risque d'accumulation.

Chez l'enfant, il convient d'éliminer un asthme ou un reflux gastro-œsophagien avant d'utiliser ce type de traitement.

Copyrighted mate

Décongestionnants nasaux par voie générale contenant de la pseudoéphédrine

Effets indésirables

Possibilité de :

- survenue de sécheresse buccale.
- Troubles urinaire.
- Crise de glaucome par fermeture de l'angle.
- Céphalée.
- Anxiété.
- Insomnie.
- Hypersensibilité à l'un des constituants.
- Sueur.
- Palpitations.
- Tachycardie.
- Poussée hypertensive.
- Nausées.
- Vomissements.

Chez l'enfant, il est possible de noter :

- Convulsions.
- Hallucinations
- Agitations.
- Troubles du comportement.
- Insomnies.

Interactions médicamenteuses

L'association est contre-indiquée lors de la prise d'IMAO non sélectifs en raison du risque de survenue d'une crise hypertensive. En ce qui concerne les IMAO sélectifs, compte tenu de l'absence de données disponibles à ce jour, il est fortement déconseillé de les associer à ce type de traitement. Par ailleurs, parmi les associations fortement déconseillées, il y a la guanethidine apparentée en raison de l'abolition de l'effet antihypertenseur avec ce type de traitement et sont également déconseillées les anesthésies sous halogénés volatils en raison du risque de poussée hypertensive peropératoire.

Précautions d'emploi

- Elles concernent la femme allaitante puisque la pseudoéphédrine passe dans le lait maternel; de ce fait, en raison des effets cardio-vasculaires et neurologiques chez le nourrisson, la prise de ce médicament lors de l'allaitement est déconseillée. La pseudoéphédrine ne doit pas être utilisée même lors du premier trimestre de la grossesse.
- La pseudoéphédrine doit être utilisée avec prudence chez les sujets hypertendus, hyperthyroïdiens, diabétiques, psychotiques, de même que chez les patients souffrant de troubles mictionnels ou lors d'intervention chirurgicale programmée.

Copyrighted material

Antihistaminiques H1

Effets indésirables

Possibilité de :

- troubles digestifs.
- bouche sèche.
- vertige.
- réaction allergique à type de réaction cutanée, d'œdème de Quincke.
- somnolence.

Précautions d'emploi

- La prise simultanée d'antihistaminique et d'aliments peut légèrement ralentir l'absorption sans pour autant influencer l'effet clinique.
Il semblerait qu'il faille cependant être prudent en cas d'association avec la cimétidine.
- Ces médicaments sont contre-indiqués lors d'hypersensibilité à l'un de ses composants et chez l'enfant de moins de 2 ans ; compte tenu de l'absence de publication, on ne sait pas s'il existe ou non des effets tératogènes chez la femme enceinte.

Copyrighted mater

Copyrighted material

Partie VI

Annexe

- Références médicales opposables (RMO) 65

Copyrighted material

Copyrighted material

Hidden page

Hidden page

Hidden page

Hidden page

Bibliographie

ORL et pathologie cervico-faciale. F. Legent, P. Fleury, P. Narcy, C. Beauvillain. Collection « Abrégé de médecine », 5e édition, Masson, Paris, 1999.

Encyclopédie pratique du médicament GNP. Éditions du Vidal. Paris 2000

Encyclopédie médicochirurgicale d'ORL. Elsevier, Paris.

Dictionnaire des termes de médecine. Garnier Delamare, Maloine, Paris.

Thérapeutique pratique, Med. Line, 1994, Rosny-sous-Bois.

Copyrighted mate

Hidden page

Index

A

Acouphène 3, 14
Aérateur tympanique 66
Amygdalectomie 33
Angine 31
Anneau lymphatique de Waldeyer 19
Anosmie 21
Antibioprophylaxie en chirurgie 66
Antihistaminique H1 61
Audiométrie 43

C

Chirurgie de la surdité 66
Chondrite 5
Colique salivaire 37
Collutoire antibactérien 57
Cophose 53

D

Décongestionnant nasal 55, 58
Dysphagie 30, 31, 33
Dyspnée laryngée 29

E

Épiglottite 30
Ethmoïdite aiguë 25

G

Glande sous-maxillaire 37
Goutte auriculaire 53

H

Hyperactivité nasale 21

L

Laryngite 29
– aiguë 29
– œdémateuse 29
– sous-glottique 29
– striduleuse 29
Laryngotomie 30
Lithiase salivaire 37

M

Maladie de Ménière 15
Mycose 9

N

Neurinome de l'acoustique 14, 15
Névrite vestibulaire 15
Nystagmus 15, 50

O

Ostéite 9
Otite externe 5
– – maligne 10
– fongique 5
– moyenne aiguë, 9, 11, 12
– – chronique 9
Oto-émission 48
Oto-toxicité 53
Otorrhée 5
Otospongiose 3

P

Paracentèse 9, 13
Paralysie faciale 35
Parotidectomie 39
Parotidite aiguë 39
Phlegmon 33
Platinectomie 4
Platinotomie 4
Polypose nasale 21
Potentiel évoqué auditif 47

R

Référence médicale opposable 65
Réflexe stapédien 46
Rhinite 21, 56
– allergique 21
– vasomotrice 21
Rhino-pharyngite 19, 25
Rhinomanométrie 49
Rhinorrhée 19

S

Sialographie 37, 39
Signe de Charles Bell 35
Sinusite 56
– maxillaire 23
Surdité 3
– brusque 7
– de perception 3, 43
– de transmission 3, 43
– de type mixte 43
Surinfection d'une perforation 9

T

Trachéotomie 30
Trismus 33
Tympanométrie 45

V

Vertige 15
– paroxystique bénin 15
– vestibulaire toxique 15

© MASSON. La photocopie non autorisée est un délit.

Copyrighted material

Hidden page

Hidden page

Thérapeutique pour le pharmacien

ORL

Sabine Darantière
Philippe Romanet
François Gimenez
Jean-Paul Belon



À l'heure où l'enseignement intégré de certaines disciplines (séméiologie, pharmacologie, pharmacie clinique, etc.) est nécessaire pour préparer efficacement l'étudiant à son métier, **la thérapeutique s'inscrit au premier rang des disciplines indispensables à la bonne pratique des fonctions hospitalières et de l'exercice officinal ;** sa parfaite connaissance est le garant du bon usage du médicament.

Les pathologies présentées dans cet ouvrage ont été choisies en fonction de leur fréquence hospitalière et ambulatoire, mais aussi en fonction de l'intérêt thérapeutique qu'elles présentent dans le cadre de l'activité officinale du pharmacien.

Ce manuel a pour objectif d'apporter tous les éléments permettant de **comprendre la démarche thérapeutique du praticien.** Une attention particulière est portée sur la **justification du choix des médicaments.** La **démarche thérapeutique hospitalière et / ou ambulatoire** est décrite avec précision et illustrée pour chaque cas clinique, avec **un ou plusieurs exemples d'ordonnance.**

Cet ouvrage s'adresse plus spécifiquement à **l'étudiant pharmacien hospitalier (5-AHU),** mais il est évidemment bien adapté aux **besoins quotidiens de l'exercice officinal. L'étudiant en médecine, le préparateur en pharmacie comme le personnel infirmier** pourront y trouver des informations utiles tant du point de vue de la description de la stratégie thérapeutique et de son protocole que de celui de l'explication du choix des médicaments.

Sabine Darantière est assistante-chef de clinique du service d'ORL au CHU de Dijon.

Philippe Romanet est chef de service d'ORL au CHU, professeur d'oto-rhino-laryngologie à la faculté de médecine de l'université de Bourgogne, Dijon.

François Gimenez est maître de conférences en pharmacie clinique à la faculté de pharmacie de Paris-XI-Châtenay-Malabry, praticien hospitalier, hôpital Necker-Enfants malades, Paris.

Jean-Paul Belon est professeur de pharmacologie à la faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques de l'université de Bourgogne, UFR de pharmacie, service pharmacie du CHU, Dijon.

9 782294 003509

ISBN 2-294-00350-0

thérapeutique pour le pharmacien

Copyrighted material